

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N° 165

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JEAN-ANDRÉ TUGLER

Né le 24 août 1905, à Cahors (Lot)

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

MALADIE DE DUPUYTREN

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, professeur

TOURS

IMPRIMERIE ARRAULT ET C^{ie}

6, RUE DE LA PRÉFECTURE, 6

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JEAN-ANDRÉ TUGLER

Né le 24 août 1905, à Cahors (Lot)

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

MALADIE DE DUPUYTREN

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, professeur

TOURS

IMPRIMERIE ARRAULT ET C^{ie}

6, RUE DE LA PRÉFECTURE, 6

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN. V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVANTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDAROT
 D'ALLAINES . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.

MM.

JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.

GUENIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	(Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma
reconnaissance et de mon
affection.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE TOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY
MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBREUIL-CHAMBARDEL
(*in memoriam*)

MESSIEURS LES DOCTEURS

BONDOUY, BONNIN, CHEVÉ, COSSE,
DENOYELLE, FAIX, GAUDEAU, HUC,
MALET, MAGNAN, MÉNAGÉ, MERCIER,
MOYRAND, TILLAYE, ROY, A. VIALLE.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

CEUX DE NECKER, DE SAINTE-ANNE,
DE CLAUDE-BERNARD, DE LARIBOISIÈRE,
DE SAINT-LOUIS, DE LAENNEC, DE LA SALPÊTRIÈRE.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MEILLÈRE, FLANDRIN, LUBIN

CHIRURGIENS DE LA MAISON DE SANTÉ DU GARDIEN DE LA PAIX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN-CHEF DE LA MAISON DE SANTÉ
DU GARDIEN DE LA PAIX

Nous ne savons comment remercier le Docteur B. Desplas de la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard, en nous attribuant un poste d'interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix.

Ayant profité de sa grande expérience et de son enseignement précieux, c'est encore lui qui nous a fait l'honneur de nous confier l'exposé de ce travail mettant au point un procédé opératoire tout personnel.

Nous serions heureux s'il voulait bien croire à notre admiration et trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance ainsi que de notre dévouement respectueux.

INTRODUCTION

Pendant notre année d'internat à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, nous avons eu l'heureuse fortune de voir opérer par le docteur B. Desplas, suivant un procédé qui lui est personnel, quelques malades atteints de maladie de Dupuytren.

Les résultats excellents dans l'ensemble, obtenus par notre maître, nous ont poussé à rechercher les raisons qui ont fait abandonner successivement la plupart des traitements chirurgicaux et à exposer le procédé du docteur B. Desplas.

Considérations anatomiques sur l'aponévrose palmaire

Avant d'exposer la technique opératoire, nous avons pensé qu'une étude anatomique de l'aponévrose palmaire devait ici trouver sa place : elle nous facilitera l'explication et la discussion des différentes interventions employées jusqu'à maintenant dans le traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren.

L'aponévrose palmaire est constituée par une expansion aponévrotique prolongeant le tendon du petit palmaire et composée en grande partie par des fibres verticales.

Prenant naissance au-dessus et au niveau du ligament annulaire du carpe, l'aponévrose palmaire va se fixer par des fibres verticales suivant la modalité décrite ci-après :

Aux faces latérales de la première phalange ;

A la face profonde du derme au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes.

Topographiquement, « ces fibres verticales, parties du niveau du ligament annulaire du

carpe, s'écartent en éventail en descendant vers les doigts.

« De chaque côté, l'aponévrose palmaire ainsi constituée va prendre attache sur les aponévroses qui recouvrent les muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar.

« Ces fibres se réunissent ensuite de manière à former 4 bandelettes pré-tendineuses qui se divisent elles-mêmes en 3 faisceaux au niveau de la racine des doigts :

« L'un, médian, se jette à la face profonde du derme de la première phalange.

« Les deux autres, latéraux, croisent en X les tendons fléchisseurs, les englobant ainsi dans une fourche pour finalement se perdre sur les faces latérales de la première phalange.

« Chemin faisant, cependant, l'aponévrose palmaire enverra des tractus fibreux :

« A la face profonde de la peau dans les espaces intertendineux (ces tractus sont en général peu importants) ;

« A la profondeur de la main. Ils vont à ce niveau se fixer sur les bords des métacarpiens et sur la capsule métacarpo-phalangienne, formant ainsi de véritables petits tunnels pour les tendons.

« Entre ces tunnels se trouvent des espaces où passent les nerfs et les artères. » (Communication à la Société de Chirurgie du docteur B. Desplas, décembre 1931.)

En outre, tous les faisceaux de fibres verticales se trouvent réunis par des fibres transversales formant deux faisceaux principaux :

L'un au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, constituant le ligament transverse superficiel ;

L'autre, moins dense et moins important, au niveau des commissures interdigitales, constituant le ligament palmant interdigital (Poirier).

Après avoir envisagé la disposition normale de l'aponévrose palmaire, nous allons décrire ce qui se passe dans les cas de rétraction.

La maladie de Dupuytren est causée essentiellement par une sclérose rétractile de l'aponévrose palmaire. Or, cette sclérose atteint non seulement les fibres longitudinales, mais aussi les tractus superficiels et les tractus profonds.

Notre maître, le docteur Desplas, a observé dans tous les cas de maladie de Dupuytren opérés par lui :

« Que les languettes prétendineuses forment des brides épaisses, rigides, inextensibles, souvent semées de nodules ;

« Que les tractus superficiels épaissis et tassés altèrent la peau, qui, plissée transversalement, est fixée et figée au contact de l'aponévrose, semblant faire corps avec elle ;

« Que les expansions profondes, épaissies et rétractées, attirent dans la profondeur les

gaines rigides où coulissent tendons, lombri-
caux et pédicules vasculo-nerveux ;

« Que les deux faisceaux latéraux sclérosés
nés de chaque bandelette prétendineuse for-
ment à chaque tendon une fourche rigoureu-
sement inextensible. » (Communication à la
Société de Chirurgie du docteur B. Desplas,
décembre 1931.) (Pl. I).

La flexion progressive du ou des doigts ré-
sulte autant de la sclérose rétractile progres-
sive des fibres profondes que des fibres des
faisceaux latéraux et des fibres verticales.

Le docteur Desplas « a toujours constaté
au cours de ses interventions l'intégrité des
tendons enserrés par ces gaines rigides, de
même que celle des coulisses fibreuses digi-
tales ».

Il a remarqué, par contre, et contrairement
à l'opinion généralement admise, « que si la
peau apparaît souvent dans les cas anciens
comme épaissie, indurée, sclérosée, elle est en
réalité plus plissée et fixée par les tractus qui
se jettent à sa face profonde, et qu'elle ne
participe pas en elle-même au processus de
sclérose, sauf dans les cas avancés ».

L'examen histologique n'a montré que
l'existence d'un tissu conjonctif avec de nom-
breuses cellules et fibres conjonctives formant,
à certains endroits, des amas semblables à de
véritables petits fibromes.

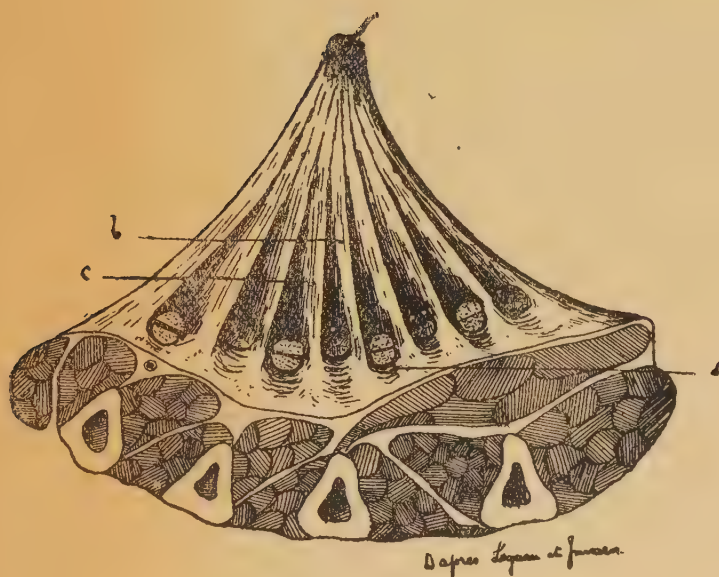
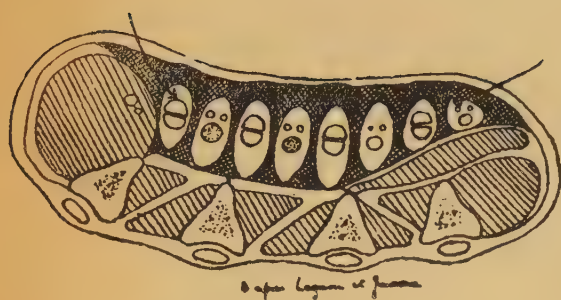


PLANCHE I. — Coupe horizontale et transversale de la paume de la main au-dessous de sa moitié inférieure : segment inférieur de la coupe. L'aponévrose superficielle a été préalablement détachée du ligament annulaire et relevée par un crochet. On voit, en *b* et en *c*, se détacher de cette aponévrose les fibres intertendineuses qui vont former les gaines dont on voit les orifices supérieurs ou d'entrée. En *d*, on voit les fibres internes et externes se continuer sous le tendon en adhérant à l'aponévrose profonde.

Traitements de la maladie de Dupuytren

Le traitement consistera évidemment, soit à lever l'obstacle enserrant les tendons et rétractant la peau, soit à rendre la souplesse primitive à cette aponévrose palmaire.

De là découleront deux traitements totalement différents :

Un traitement chirurgical (résection de l'aponévrose palmaire) ;

Un traitement médical ;

Le traitement médical, sur lequel nous ne nous étendrons pas, fait surtout appel aux agents physiques, en particulier :

L'actinothérapie ;

La roëntgenthérapie ;

L'électrolyse négative (ionisation iodo-iodurée) ;

L'hémocrinothérapie (en particulier l'extrait thyroïdien), préconisée par le docteur Fildermann.

Divers auteurs rapportent des observations

d'améliorations notables et de guérisons par le traitement médical.

Le traitement chirurgical, cependant, satisfait mieux l'esprit et a préoccupé les chirurgiens depuis fort longtemps.

Aussi est-il passé par de nombreuses et différentes phases.

Historique des traitements chirurgicaux

Méthode de Dupuytren.

La première méthode en date est celle de Dupuytren (1832). Cet auteur, auquel nous devons la connaissance de la maladie, avait localisé primitivement, avec Maslieurat et Maisonneuve, l'affection à l'aponévrose palmaire.

Ils proposèrent à ce moment la ou les sections de l'aponévrose palmaire.

La méthode de Dupuytren consistait à faire une incision transversale au-dessus de la racine des doigts ; souvent, le doigt ne revenant pas alors dans la rectitude, il était obligé de faire plusieurs incisions au niveau de la phalange pour pouvoir enfin le ramener en extension.

Dupuytren ne fut pas toujours très heureux dans ses interventions sur les rétractions de l'aponévrose palmaire ; on cite même l'obser-

vation d'un jeune homme de 22 ans dont la rétraction fut très aggravée à la suite de l'opération.

On conçoit du reste facilement que toutes ces plaies puissent favoriser secondairement la formation d'un tissu de sclérose qui, sans peut-être être nodulaire, n'en doit pas moins aggraver la sclérose primitive.

Ce n'est que plus tard que Jules Guérin, Malgaigne, Velpeau et Nélaton découvrirent les grosses lésions de l'aponévrose palmaire, puis, dans les maladies de Dupuytren avancées, celles du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

On songe dès lors à l'aponévrectomie.

Cependant Goyrand mit au point une technique qui eut une certaine faveur à son heure.

Méthode de Goyrand.

Goyrand, en 1833, incisait la peau de la face palmaire longitudinalement au niveau du ou des tendons intéressés, jusque vers la partie moyenne de la phalange.

Il disséquait les lèvres de la plaie et découvrait ainsi la corde de rétraction qu'il sectionnait en un ou plusieurs endroits jusqu'à obtenir une extension du doigt aussi parfaite que possible.

Cette méthode se rapproche fort de celle de

Dupuytren et présente, à notre avis, les mêmes inconvénients.

En admettant même que Goyrand ait poussé son intervention plus loin et enlevé la partie sclérosée de l'aponévrose palmaire qu'il mettait à jour par son incision, il ne pouvait pas enlever totalement l'aponévrose palmaire et laissait forcément des résidus de sclérose qui ne demandaient qu'à s'étendre et à reformer la lésion primitivement existante.

Divers auteurs préconisèrent ensuite leurs méthodes.

Méthode de Richet.

Richet ajoute à l'incision longitudinale de Goyrand une incision transversale aux deux extrémités de l'incision longitudinale, ce qui lui donnait deux lambeaux cutanés en volet lui permettant l'excision des brides aponévrotiques.

Méthode de Busch.

Busch isole un lambeau de peau triangulaire dont le sommet supérieur commence au niveau de la partie la plus élevée de la paume de la main soulevée par l'extension forcée du doigt rétracté.

La base de ce triangle correspond au sillon

qui sépare du creux de la main le doigt fléchi.

Il sectionne ensuite tous les tractus fibreux qui gênent l'extension du doigt une fois la peau du triangle disséquée.

Il ne réunit que les angles de la plaie qui subsiste et dont il laisse les lèvres se réunir seules.

Méthode de Lannelongue.

Lannelongue, s'inspirant du procédé de Busch, pousse plus avant l'intervention.

Il taille un lambeau suivant la technique de Busch, mais enlève en bloc, en plus de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose palmaire.

Il suture en outre la plaie en Y aussi complètement que cela lui est possible.

Méthodes d'aponévrectomie.

Guidés par des idées différentes, à la suite de la découverte de toutes les grosses lésions de l'aponévrose palmaire, Kocher, Vautrin, Berger et enfin Routier, ne voulant plus se contenter des sections simples de l'aponévrose, ont mis successivement au point des procédés d'aponévrectomie.

Méthodes de Kocher et de Vautrin.

Kocher incise longitudinalement la peau sur le cordon sclérosé, alors que Vautrin complète cette incision par une ou deux incisions transversales, transformant ainsi l'incision de Kocher en T ou en double volet.

Ils excisent ensuite tous les deux les portions rétractées de l'aponévrose en poursuivant et sectionnant les digitations et expansions fibreuses sur les phalanges.

Méthode de Berger.

En 1892, le professeur Berger, poursuivant les idées de Lannelongue, sacrifie la peau dans toute l'étendue de la région affectée par la rétraction.

Il dissèque et enlève les faisceaux rétractés de l'aponévrose palmaire, mais, au lieu de laisser la plaie se réunir d'elle-même secondairement, il préfère avoir recours à la greffe à l'italienne qu'il pratique immédiatement après l'intervention.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'intervention qui a été décrite d'une façon magistrale par le docteur Rogues de Fursac dans sa *Thèse de Paris*, 1892.

Méthode de Routier.

Plus récemment, le docteur Routier, dans une communication à la Société de Chirurgie du 24 juin 1908, puis dans la *Thèse* de son élève Pitaud (Paris, 1909), propose une nouvelle méthode de traitement chirurgical.

« J'incise, dit-il, la peau de la paume sur le milieu des nodosités qui constituent la lésion de l'aponévrose ; cette incision est prolongée du côté du talon de la main, à 2 centimètres au-dessus de l'induration fibreuse, et par en bas jusque sur le ou les doigts rétractés en faisant dévier l'incision en forme de V sur chacun d'eux.

« Puis, je dissèque la peau de la main et de la racine des doigts. Cette dissection est fort difficile, le derme palmaire étant fort aminci et presque fusionné avec l'aponévrose palmaire. Aussi ne peut-on disséquer cette peau sans la lacérer de quelques coups de bistouri, malgré tout le soin et l'habileté de l'opérateur.

« Le fibrome rétracteur étant bien mis à nu, je résèque tout ce qui est dur, tout ce que l'on sent tendu en palpant avec la pulpe du doigt, et aussi loin qu'il est nécessaire et sur la paume et sur les doigts.

« Cela fait, je fais une bonne hémostase et, sans sutures, je laisse retomber à leur place les lambeaux fort précaires.

« Une compresse aseptique pliée en plusieurs doubles sert à faire un peu de compression, et c'est tout. »

Nous citerons enfin, pour être complet, les méthodes de section sous-cutanée de l'aponévrose palmaire et, en particulier, les

Procédés d'Astley Cooper et de Trélat.

Astley Cooper sectionna le premier avec un ténotome, par voie sous-cutanée, les parties sclérosées de l'aponévrose palmaire.

Trélat, qui mit au point ce procédé en France, le compléta en ajoutant la section des adhérences entre l'aponévrose et la peau aux sections sous-cutanées des brides fibreuses de l'aponévrose en avant des tendons.

Pour avoir une idée de l'intervention, lisons la description de son procédé qu'il fait lui-même :

« L'avant-bras et la main étant en supination, un aide me présente la paume en ayant soin de redresser autant que possible les doigts fléchis vicieusement ; cette manœuvre fait saillir la bride ou les brides qu'il va falloir diviser.

« Au niveau du bord interne de la saillie palmaire, je pratique une ponction avec un ténotome mousse.

« Dans un premier temps, je l'insinue entre

la peau et la bride aponévrotique et je coupe les adhérences qui les attachent l'une à l'autre ; redressant ensuite la lame de manière que son tranchant soit perpendiculaire à la bride fibreuse, je coupe celle-ci transversalement et dans toute son épaisseur.

« Des craquements fins se font alors entendre, et l'aide qui redresse les doigts, sentant une résistance vaincue, ramène peu à peu le doigt à la rectitude. »

Nous ferons immédiatement la critique de ce procédé.

En premier lieu, dans cette intervention à l'aveuglette, on éprouvera une grande difficulté à introduire un ténotome entre la peau et l'aponévrose.

Nous objecterons en second lieu l'impossibilité de savoir à quel moment toutes les brides auront été sectionnées.

En outre, la récurrence rapide est presque certaine par un processus de sclérose cicatricielle.

Critique

des procédés d'aponévrectomie employés jusqu'à maintenant

Que devons-nous penser des divers procédés d'aponévrectomie que nous venons d'énumérer ?

Nous avons remarqué dans la description de ces divers procédés que les chirurgiens ont presque tous employé le même tracé d'incision : l'incision longitudinale sur le cordon sclérosé (Kocher, Vautrin, Routier).

Si l'incision de Vautrin en double volet donne un jour suffisant permettant d'exciser l'aponévrose palmaire en même temps que ses tractus, sauf toutefois les faisceaux allant à la première phalange, celle de Kocher nous paraît tout à fait insuffisante.

« Il faut, en effet, que l'excision de l'aponévrose palmaire rétractée soit complète pour que le résultat fonctionnel post-opératoire soit parfait. » (Docteur B. Desplas.)

Le procédé de Routier permet d'enlever toute l'aponévrose palmaire.

Nous ne lui ferons qu'un seul reproche, que nous ferons également aux procédés de Kocher et de Vautrin : l'incision sur le cordon sclérosé, c'est-à-dire au niveau du tendon.

Le docteur Desplas pense en effet que « si l'excision incomplète de l'aponévrose, en particulier des fibres profondes, est une des causes de la récurrence de la rétraction de l'aponévrose palmaire, une incision cutanée incorrecte et génératrice d'une cicatrice vicieuse et adhérente en est l'autre cause habituelle ».

Les incisions de ces divers auteurs, de même que celles de Busch et de Lannelongue, « donnent naissance à des brides cicatricielles à tendances rétractiles qui les soudent dans la profondeur à la gaine du tendon mise à nu, l'ensemble constituant à nouveau une corde rigide inextensible empêchant les mouvements des doigts ». (Docteur B. Desplas.)

La technique du procédé de Berger est bonne, mais nous ne pensons pas qu'il faille l'employer systématiquement, sauf dans les cas avancés, lorsque la peau participe au processus de sclérose de l'aponévrose palmaire et qu'elle lui est intimement liée.

Elle a le défaut, comme le reconnaît au reste l'auteur, « de remplacer la peau si spéciale de la paume de la main par un tégument nouveau



PLANCHE II

beaucoup plus vulnérable, inconvénient d'autant plus grave qu'on s'adresse en général à des travailleurs ».

Cependant, la peau ne participant pas, dans la plupart des cas, au processus de sclérose, il vaut mieux, toutes les fois que cela est possible, la conserver.

Au reste, notre maître B. Desplas, dans toutes les interventions qu'il a pratiquées, a pu couper ou désinsérer tous les tractus fibreux superficiels allant à la peau sans léser cette dernière.

Procédé du docteur B. Desplas.

Le procédé du docteur B. Desplas consiste essentiellement dans l'ablation en bloc de l'aponévrose palmaire après s'être fait un jour suffisant par des incisions cutanées particulières qui ne se trouvent pas au niveau de la projection du tendon sur la peau et qui délimitent, en définitive, un lambeau cutané en pont à pédicule large assurant une bonne vascularisation (Pl. II).

L'opération doit réaliser une excision totale de l'aponévrose palmaire moyenne. Elle nécessite une dissection minutieuse de cette aponévrose, de manière à respecter en particulier les pédicules digitaux : elle doit donc être faite sous bande d'Esmarch.

L'anesthésie locale régionale est suffisante, qu'on l'obtienne par l'anesthésie intra-veineuse à la novocaïne (*Thèse de Cahen*) ou par l'anesthésie tronculaire au niveau de l'avant-bras.

1^{er} temps : incision cutanée. — Elle comprend deux incisions longitudinales : l'une externe, l'autre interne et allant jusqu'à la face superficielle de l'aponévrose.

L'interne part du bord inférieur du ligament annulaire et suit le 4^e espace en dedans du trajet du tendon fléchisseur de l'annulaire, pour aboutir à la 4^e commissure interdigitale, se recourber pour gagner la face interne de l'annulaire et remonter sur la face latérale du doigt.

L'externe suit de même le 2^e espace pour aboutir à la 2^e commissure interdigitale et se recourbe en dedans pour longer la face externe du médius.

Les deux segments, palmaire et digital, de chaque incision sont ainsi raccordés en baïonnette. L'incision digitale remonte à la demande jusqu'à la partie moyenne de la phalange basale ou jusqu'à l'articulation sous-jacente.

2^e temps : libération de la peau. — On libère alors la face profonde du lambeau cutané intermédiaire aux deux incisions, puis celles des lèvres externes de chaque incision, de façon à mettre à nu les bords correspon-

dants des éminences. L'attaque est alternativement menée au niveau de chacune des incisions cutanées et de bout en bout.

Cette libération demande la section de tous les tractus allant à la peau ; elle se fera avec précaution, la lame du bistouri presque horizontale, suivant la face superficielle de l'aponévrose et respectant les petits « coussinets » adipeux que l'on retrouve encore, afin que le lambeau cutané conserve son maximum d'épaisseur.

On respectera avec soin les vaisseaux et nerfs collatéraux des doigts qui émergent entre les bandelettes prétendineuses.

Cette dissection, facile lorsque la flexion du doigt ne dépasse pas l'angle droit, devient particulièrement délicate lorsque le doigt est fléchi à angle aigu ou même incrusté dans la paume.

A la fin de ce temps, le lambeau intermédiaire cutané, déplissé, forme un pont que l'on peut soulever sur la branche transversale d'un écarteur de Farabeuf, la face superficielle de l'aponévrose apparaît ainsi à découvert.

3^e temps : excision de l'aponévrose palmaire moyenne. — Il faut s'efforcer de l'enlever en totalité.

Nous libérons d'abord les parties latérales de l'aponévrose.

Son bord interne désinséré au ras de l'émi-

nence hypothénar est attiré au zénith, de manière à tendre les fibres profondes : celles-ci seront sectionnées aux petits ciseaux courbes et mousses, progressivement et aussi profondément que possible, en allant vers l'axe de la main.

Ainsi les tendons et pédicules digitaux internes sont dégagés et la partie interne de l'aponévrose mobilisée.

Son bord externe est, de même, désinséré au ras de l'éminence thénar et sa partie externe mobilisée.

L'aponévrose tient encore par sa partie moyenne : on libère son sommet en l'incisant du bord inférieur du ligament annulaire ; on l'attire au zénith de manière à tendre les cloisons profondes, que l'on va sectionner, en progressant de la paume vers la racine des doigts, en disséquant soigneusement tendons et pédicules médians.

Ainsi, l'aponévrose, dont la face profonde est complètement libérée, ne tient plus qu'à sa partie basse, par ses expansions latérales qu'on sectionne sur les flancs des premières phalanges.

Dès lors, les doigts peuvent se défléchir et s'étendre facilement. L'aponévrose sclérosée a été enlevée en bloc comme une tumeur, et les tendons, avec leurs gaines et leurs coulisses fibreuses digitales, et les pédicules vas-

culo-nerveux intacts, apparaissent dégagés de bout en bout.

4^e temps : hémostase, réparation et suture.

— La bande d'Esmarch enlevée, on fait une hémostase rigoureuse au petit catgut.

Puis, on réapplique le lambeau cutané dont on suturera les lèvres de manière à rendre à la paume sa morphologie et à raccorder les plis cutanés. Suture au fil de lin, à l'aiguille courbe montée, en plaçant un point au niveau de chaque pli de flexion, tant à la paume qu'à la racine des doigts et au niveau des angles commissuraux. Dans leur intervalle, placer à la demande quelques points de complément.

Faire un drainage filiforme au faisceau de crins, qui est supérieur au drain et même à la lame de caoutchouc.

Nous pensons qu'il est inutile, et peut-être nuisible, de séparer le lambeau cutané des tendons par une membrane amniotique, comme nous l'avons fait une fois : la membrane gêne la bonne vascularisation des lambeaux cutanés et peut en favoriser le sphacèle.

Soins post-opératoires. — Nous plaçons la main en position de fonction, car la flexion favorise la coaptation du lambeau et des plans sous-jacents, tandis que l'extension sur une planchette la rend moins parfaite.

Le drainage filiforme sera enlevé rapidement et la mobilisation sera précoce : de pe-

tits mouvements actifs de flexion et d'extension des 2^e et 3^e phalanges, commencés dès le 2^e jour, seront augmentés progressivement d'amplitude.

Les suites sont en général très simples. De petits hématomes, que l'on vide, sont souvent observés. Des points discrets de sphacèle de la peau sont possibles, mais assez rares et se réparent facilement sans altérer la cicatrice.

*
* *

Le docteur B. Desplas a opéré, à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, 8 malades par ce procédé.

Dans l'ensemble les résultats ont été excellents et nous n'avons pas jusqu'ici observé de récidives.

Les observations et les comptes rendus opératoires de ces malades ont été pris à la Maison de Santé du Gardien de la Paix et sont dus à l'obligeance de notre Maître.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. J. B., 54 ans, mécanicien aux services automobiles de la Préfecture de police.

Ce malade se présente à la Maison de Santé fin novembre 1929.

Il est atteint d'une maladie de Dupuytren du 4^e doigt de la main gauche dont le début remonte à 8 ans.

La 1^{re} phalange est fléchie à angle droit sur le métacarpe, la 2^e phalange est fléchie elle-même à angle droit sur la 1^{re}; la phalangette est dans le prolongement de la 2^e phalange.

Il existe à la face palmaire de la main, au niveau du tendon répondant à ce doigt, une corde dure, tendue, nodulaire.

Ce malade n'a pas d'antécédents spéciaux, à part une blennorragie à l'âge de 21 ans.

Il est opéré le 5 décembre 1929 par le docteur Desplas.

Bande d'Esmarch. Anesthésie au chloroforme.

On pratique une première incision longitudinale qui suit le 2^e espace intermétacarpien. On pratique ensuite une deuxième incision qui suit le 4^e espace intermétacarpien.

On décolle la peau et on constate que la partie de l'aponévrose intéressée par la sclérose part du centre de la paume de la main et bifurque sur les flancs du

4^e doigt formant une fourche pour le tendon fléchisseur.

On résèque cette partie de l'aponévrose palmaire, et on constate que les cloisons interdigitales participent au processus de sclérose et viennent former pour le tendon une gaine rigide. Ces cloisons sont soigneusement réséquées.

Le doigt a repris alors sa position normale. On enlève la bande d'Esmarch : il n'y a pas d'hémorragie.

On fait un attouchement à l'huile goménolée et l'on met la main en place sur une planchette en hyperextension.

Les suites opératoires sont excellentes. L'opéré sort de la Maison de Santé le 13 décembre.

La plaie est complètement cicatrisée, l'extension est possible.

Il est revu le 10 avril 1930; il a un résultat fonctionnel parfait. Son doigt est en bonne position et fonctionne normalement. Il est revu successivement le 13 novembre 1930 et le 29 octobre 1931.

Sa main est absolument normale. La cicatrice est souple.

OBS. II. — M. C. Jean-Baptiste, 46 ans, brigadier à la Compagnie des Voitures.

Atteint d'une maladie de Dupuytren de la main gauche surtout marquée au niveau du 4^e doigt, mais s'étendant aussi au 3^e doigt. Le début remonte à 10 ans.

La main droite présente une induration au niveau du tendon fléchisseur du 4^e doigt.

Le malade n'a pas d'antécédents spéciaux, si ce n'est que, sportif, il a fait beaucoup d'aviron dans sa jeunesse.

Il est opéré le 16 janvier 1930 par le docteur Desplas. Anesthésie au balsoforme.

Incision le long du 2^e espace et du 4^e espace.

Dissection de la peau.

Excision en bloc de l'aponévrose palmaire.

Mise en place d'une membrane amniotique.

Fermeture sans drainage au fil de lin et mise en place de la main en hyperextension sur une planchette.

Les suites opératoires sont bonnes : les fils sont enlevés seulement le 15^e jour.

Il semble pendant quelques jours que la membrane inerte interposée soit une gêne à la bonne vascularisation du lambeau, mais tout s'arrange rapidement.

Revu le 10 avril 1930, il a un très beau résultat fonctionnel. Revu successivement le 10 octobre 1930 et 29 octobre 1931, il continue à avoir un résultat excellent sans aucune tendance à la récurrence.

OBS. III. — M. B. Jean, 34 ans, gardien de la paix.

Atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire limitée au tendon du 5^e doigt; le petit doigt est en crochet, incrusté dans la paume de la main, complètement inutilisable.

Le début remonte à plusieurs années. Pas d'antécédents spéciaux, si ce n'est que le malade a été mécanicien.

Il est opéré le 27 mars 1930 par le docteur Desplas. Anesthésie à l'éther.

Incision longitudinale hypothénarienne en dedans.

Découverte de l'aponévrose et dissection de la peau.

Le doigt est fixé non seulement par la partie longitudinale correspondant au tendon, mais encore et surtout par des expansions latérales qui enserrant

l'articulation métacarpo-phalangienne et se continuent sur les 1^{re} et 2^e phalanges.

Lorsque ces expansions sont réséquées, le doigt commence à se détendre, mais l'extension n'est complète que lorsque la totalité de l'aponévrose palmaire est réséquée grâce à une incision longitudinale cernant la base de l'éminence thénar.

Hémostase. Suture cutanée au fil de lin; mise en place sur une planchette en hyperextension.

Les suites opératoires sont bonnes.

Ablation des fils le 7^e jour.

Il sort en excellent état fonctionnel.

Revu le 10 octobre 1930, le 5^e doigt était en crochet; le 10 octobre 1930 la 1^{re} phalange s'étend complètement, mais la 2^e reste en flexion à angle droit sur la 1^{re}. Le malade dit ne pas être gêné.

Le 29 octobre 1931, on constate un très bon résultat sur le 4^e doigt, mais sur le 5^e qui était au contact de la paume de la main le résultat est moins bon; il existe même une cicatrice chéloïdienne latérale interne.

OBS. IV. — M. B. Joseph, 50 ans, gardien de la paix. Compagnie de circulation.

Rétraction de l'aponévrose palmaire gauche au niveau du 5^e doigt datant de plusieurs années, s'étant très accentuée depuis quelques mois.

Pas d'antécédents particuliers.

Opéré le 10 avril 1930 par le docteur Desplas. Anesthésie à l'éther.

Réséction de l'aponévrose et des brides latérales suivant la méthode employée dans le cas précédent.

Suture au fil de lin après hémostase très soignée.

Mise en place de la main en hyperextension sur une planchette.

Bonnes suites opératoires. Ablation des fils le 6^e jour. Le résultat immédiat est excellent.

L'opéré est revu le 22 avril 1930, il a un résultat fonctionnel absolument parfait. Il existe cependant à la base du lambeau une saillie cutanée non douloureuse semblant fluctuante, mais, après une ponction, on se rend compte qu'ils s'agit d'un dépôt graisseux.

Revu encore le 10 octobre 1930, sa 1^{re} phalange était en extension, mais la 2^e est en flexion sur la 1^{re} et ne peut pas être étendue.

Le 29 octobre 1931 il n'y a pas de changement dans l'état du 5^e doigt et il existe une légère cicatrice chéloïdienne.

L'incision cutanée interne n'a pas été assez latéralisée.

OBS. V. — M. P. Auguste, 55 ans, gardien de la paix.

Atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale.

A gauche, rétraction au niveau du 4^e doigt avec pli très adhérent et nodosités. Le doigt est en flexion dans la paume. Le début remonte à 1 an.

Opéré le 22 mai 1930 par le docteur B. Desplas. Anesthésie à l'éther.

Incisions longitudinales suivant le procédé décrit.

Dissection de l'aponévrose palmaire et résection jusqu'à la base de la 2^e phalange.

Hémostase très soigneuse. Suture au fil de lin. La main est laissée en position normale sans attelle.

Revu le 26 mai. Pansement à la pâte à l'eau. Ablation des fils le 31 mai.

Petite désunion consécutive. Le résultat fonctionnel immédiat est très bon.

A droite, rétraction de l'aponévrose palmaire au

niveau du 4^e doigt fléchi presque à angle droit sur la paume et, accessoirement du 2^e et 3^e doigt. Le début remonte à 4 ans.

Opéré le 31 mai 1930 par le docteur B. Desplas. Anesthésie à l'éther.

Dissection et résection de l'aponévrose après les incisions cutanées habituelles.

Hémostase très soigneuse. Suture cutanée au fil de lin sans drainage.

La main est laissée en position de flexion pour réserver à la peau le maximum de facilité à la coaptation.

L'expérience a, en effet, montré qu'en mettant la main en hyperextension, la coaptation de la peau est moins parfaite qu'en laissant les doigts en position de flexion dans la main.

Les suites opératoires sont bonnes, et le résultat fonctionnel immédiat excellent.

L'opéré est revu le 10 octobre 1930 avec un très beau résultat bilatéral, puis le 29 octobre 1931 avec un résultat parfait, surtout à gauche.

OBS. VI. — M. M. Henri, 53 ans, gardien de la paix en retraite.

Atteint de maladie de Dupuytren de la main gauche.

La 1^{re} phalange du 4^e doigt est fléchie à angle droit sur la paume de la main et la 2^e phalange est elle-même fléchie à angle presque droit sur la 1^{re}.

L'impotence fonctionnelle est importante. Le début remonte à 20 ans et le malade fait ressortir une étiologie nettement traumatique (arrêt d'un cheval emballé).

Opéré le 7 mai 1931 par le docteur B. Desplas. Anesthésie locale. Tracé des incisions cutanées habituelles.

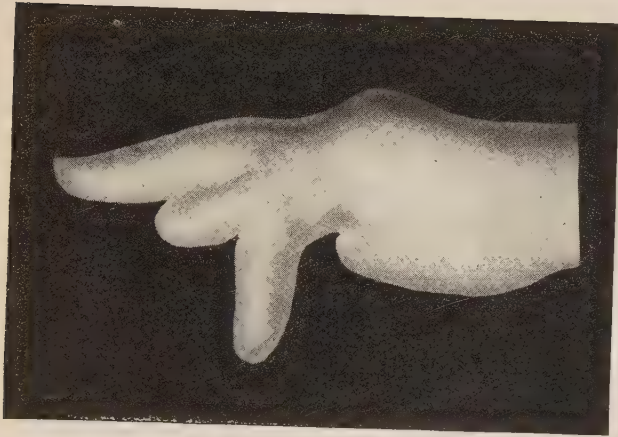
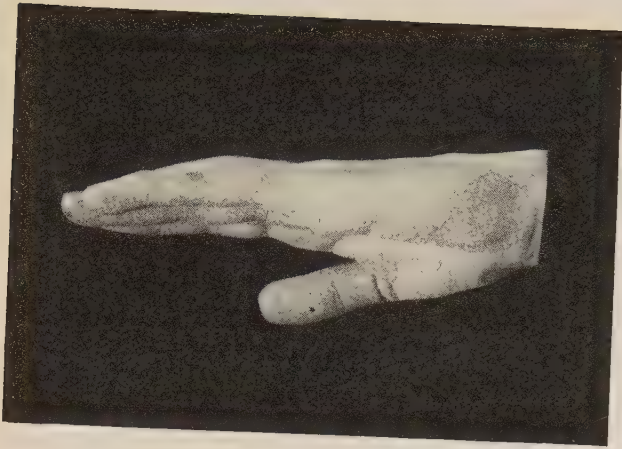


PLANCHE III. — M. M. Henri.

Dissection de la peau.

Dissection et résection de l'aponévrose palmaire.

On commence d'abord, après l'avoir séparée de la peau, par la sectionner au ras de l'éminence thénar, puis au niveau du ligament annulaire du carpe.

Ayant pris l'aponévrose palmaire avec des pinces par la section faite au niveau du ligament annulaire, on sectionne toutes les cloisons antéro-postérieures épaissies et, au fur et à mesure de la libération, on constate que le doigt reprend sa position normale.

Hémostase très soigneuse et facile. Sutures au fil de lin. Drainage avec une petite lame de caoutchouc.

Le drainage est enlevé 4 jours après et le malade sort de la maison de santé le 14 mai 1931 avec un très bon résultat immédiat.

Revu 15 jours après, il se sert de son doigt qui fait convenablement les mouvements de flexion et d'extension. La paume de la main a repris toute sa souplesse (Pl. III).

Il est encore revu le 29 octobre 1931. Le résultat opératoire et fonctionnel est magnifique. Seules, deux cicatrices opératoires souples et indolores permettent de penser que ce malade a été atteint d'une maladie de Dupuytren.

OBS. VII. — M. A. Jean, 35 ans, chauffeur à la Préfecture de police.

Maladie de Dupuytren de la main droite. Rétraction de l'aponévrose palmaire des 4^e et 5^e doigts, mais surtout du 5^e.

Le début remonte à 4 mois.

Opéré le 30 avril 1931 par le docteur Desplas.

Tracé habituel des incisions cutanées.

Dissection de la peau.

Dissection et résection de l'aponévrose palmaire non

seulement dans ses parties infiltrées, mais aussi dans les parties avoisinantes.

On note l'existence de cloisons fibreuses antéro-postérieures formant coulisses pour les tendons, les vaisseaux, les nerfs et les lombricaux.

Hémostase. Suture cutanée très soignée au fil de lin. Fermeture sans drainage.

Sort avec un bon résultat immédiat le 9 mai 1931.

Revu le 3 juin 1931 : la fonction des doigts est complètement rétablie.

La cicatrice est correcte dans sa branche interne, mais il existe un léger chevauchement dans sa branche externe.

Le 29 octobre 1931 le résultat est parfait malgré une cicatrice légèrement chéloïdienne.

OBS. VIII. — M. E. Paul, 37 ans, gardien de la paix.

Maladie de Dupuytren de la main gauche. Début remontant à 2 ans.

Opéré le 23 avril 1931 par le docteur Desplas. Anesthésie locale. Rétraction de l'aponévrose palmaire gauche nettement localisée au niveau du tendon fléchisseur du 3^e doigt, formant un nodule adhérent à la peau, mais ne provoquant pas encore la flexion du doigt.

Incision dans le 2^e espace.

Dissection de la peau assez délicate.

La solution anesthésique a suivi les gaines tendineuses et tous les pédicules vasculo-nerveux, ce qui gêne un peu l'intervention, mais permet de se rendre compte de la position exacte de l'aponévrose et de ses expansions.

On note que l'aponévrose palmaire a envoyé vers la profondeur une cloison fibreuse qui s'est dédoublée,

engainant vaisseaux et nerfs, les séparant des tendons voisins; cette cloison, arrivée au niveau du ligament interdigital, se dédouble, accompagnant les vaisseaux dans leur bifurcation pendant que, d'autre part, l'aponévrose palmaire s'est elle-même dédoublée pour former une fourche enserrant le tendon entre ses deux dents.

Ablation de l'aponévrose.

Hémostase. Suture soigneuse au fil de lin. Sort le 2 mai 1931 avec un très bon résultat immédiat.

Revu le 29 octobre 1931 avec un résultat parfait.

Tels sont les résultats obtenus par le docteur B. Desplas à la Maison de Santé du Gardien de la Paix.

Pour être complet, nous ajouterons qu'actuellement notre Maître fait faire à ses opérés, dès le deuxième ou troisième jour; une mobilisation précoce des doigts.

Il nous semble, sans vouloir préjuger, qu'une méthode chirurgicale dont les résultats excellents dans l'ensemble datent pour plusieurs de deux ans, mérite une grande considération.

En résumé, sur huit opérés :

Six (3^e et 4^e doigts) ont des résultats parfaits tant dans l'extension que dans la flexion. La peau reste indurée, calleuse, médiocre et cependant conserve une fonction parfaite.

Deux (4^e et 5^e doigts) ont en un résultat insuffisant :

L'un, parce que l'incision cutanée répond à la projection du tendon et qu'il s'est formé une corde semi-rigide maintenant le cinquième doigt en quart de flexion;

L'autre, parce que l'incision n'a pas été assez latéralisée : le cinquième doigt est en crochet fixé par la cicatrice, la flexion et l'extension forcées étant possibles.

Conclusions

1° Les traitements médicaux de la maladie de Dupuytren ont eu jusqu'à l'heure actuelle des résultats très aléatoires. On devra leur préférer le traitement chirurgical ;

2° Seule une technique opératoire permettant l'ablation en bloc des parties sclérosées, et mieux, de toute l'aponévrose palmaire, mérite de la considération ;

3° Aux procédés d'aponévrectomie déjà connus (Kocher, Vautrin, Berger et Routier) le docteur Desplas vient d'en ajouter un autre dont le principe essentiel consiste dans l'ablation en bloc de toute l'aponévrose palmaire en évitant, par le tracé des incisions cutanées, les rétractions cicatricielles consécutives à l'intervention ;

4° Le procédé de Berger avec greffe à l'italienne ne sera employé que lorsqu'il sera impossible de séparer par la dissection la peau de l'aponévrose palmaire ;

5° Devant les résultats obtenus par le docteur Desplas, c'est à son procédé que nous accordons notre confiance et notre préférence.

Vu et permis d'imprimer.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
JEAN-LOUIS FAURE.

Le Recteur de l'Académie de Paris,
L. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER Paul. — *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 19 avril 1892.
- BLUM. — *Chirurgie de la main*, 1882.
- BOUYGUES. — De la rétraction de l'aponévrose palmaire. *Archives générales de Médecine*, 20 octobre 1906, p. 2513.
- COSTILHES. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. *Thèse de Paris*, 1885.
- COOPER-ASTLEY. — *Œuvres chirurgicales* (traduction de Chassaignac et Richelot, 1837, p. 122).
- DELBET Pierre. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1899, p. 191.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique. *Journal des Chirurgiens*. Paris, 1832.
- GOYRAND. — *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1833, t. III, p. 489; *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 219; 1835, p. 481.
- HARTMANN. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. *Journal des Praticiens*, 23 juin 1928, p. 405.
- HUTCHISON's. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. *Archives of Surgery*, 1896, p. 335.
- KOCHER. — *Centralblatt für Chirurg.*, 1887, n° 26, p. 481, et n° 27, p. 497.
- LEGUEU et JUVARA. — *Bulletin de la Société anatomique*, 27 mai 1892, p. 383.

LEVY Leop. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
Académie de Médecine, juillet 1912.

MAISONNEUVE. — *Bulletin de la Société anatomique*,
1840, p. 77 et p. 106.

MASLIEURAT-LAGÉMARD. — *Gazette médicale de Paris*,
1839, p. 273.

PASCALI. — A propos de deux cas de maladie de
Dupuytren. *Société anatomique*, 6 juin 1913.

PONCET. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
Société de Chirurgie, 21 avril 1909.

PITAUD. — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
Thèse de Paris, 1909.

ROGUES DE FURSAC. — *Thèse de Paris*, 1892.

ROUTIER. — *Société de Chirurgie*, 30 juin 1908.

TRÉLAT. — *Clinique chirurgicale*. (Leçons publiées
par les soins de Pierre Delbet, 1891, t. III, p. 66
et 73.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	11
Considérations anatomiques sur l'aponévrose palmaire	13
Traitements de la maladie de Dupuytren.	19
Historique des traitements chirurgicaux	21
Critique des procédés d'aponévrectomie employés jusqu'à maintenant	29
OBSERVATIONS	39
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE.	51
